Washington State Department of Social & Health Services

SOLICITUD DE REGISTROS

REQUEST FOR RECORDS

A. SOLICITANTE DE LOS REGISTROS:

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TÍTULO

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN O DEL COMERCIO SI FUERA APLICABLE

DOMICILIO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)	NÚMERO DE FAX (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

B. SOLICITUD DE REGISTROS CON RELACIÓN A: (MARQUE LOS QUE APLIQUEN)

- ☐ Administración Servicios para Ancianos y Personas con Incapacidades
- ☐ Programas asistenciales de la Administración de Servicios Económicos
- ☐ Administración de Servicios Financieros
- ☐ Administración de Asistencia Médica
- ☐ División de Rehabilitación Vocacional
- ☐ Administración Servicios para Niños
- ☐ División Manutención para Niños
- ☐ Administración Rehabilitación Juvenil
- ☐ División Servicios Contra el Abuso de Alcohol y Sustancias
- ☐ División de Salud Mental incluyendo hospitales estatales
- ☐ Otro: _____
- ☐ Todas las secciones del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS)

C. ☐ SOLICITUD DE REGISTROS DEL PACIENTE:

☐ **PROPIOS** ☐ **DE OTRA PERSONA**	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRES PREVIOS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE	OTRO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHAS DE SERVICIO	LUGAR DEL SERVICIO

REGISTROS SOLICITADOS SOBRE EL PACIENTE: Sírvase especificar los registros solicitados de los programas de DSHS indicados previamente en la Sección B:

- ☐ Registros en una lista adjunta
- ☐ Los siguientes registros:

- ☐ Todos los registros del cliente mantenidos por los programas de DSHS indicados en la Sección B.
- ☐ Todos los registros mantenidos por DSHS con relación a la persona citada.

Indique toda limitación en los registros solicitados (por fecha, tipo de registro, etc.):

D. ☐ SOLICITUD DE OTROS REGISTROS DE DSHS

Solicito los siguientes registros de DSHS:

- ☐ Registros de licencias para los siguientes establecimientos o proveedores: _____

- ☐ Otros registros (describir en detalle, por fecha, tipo de registro, programa, etc.):

E. ACCESO A LOS REGISTROS (LLENAR ESTA SECCIÓN PARA TODAS LAS SOLICITUDES)

- ☐ Envíeme copias de los registros indicados arriba. Entiendo que DSHS pudiera cobrar por las copias de sus registros según se estipula en WAC 388-01-080.
- ☐ Comuníquese conmigo con el fin de concertar una hora para que yo pueda revisar los registros en la siguiente oficina de DSHS: _____

NOTA: Debe presentar constancia que lo habilite a obtener registros confidenciales de otras personas. Utilice el formulario de Autorización, DSHS 17-063, si fuera necesario conceder una autorización.

SOLICITADO POR (FIRMA)	FECHA DE LA FIRMA

FIRMA DEL TESTIGO O NOTARIO VERIFICANDO LA IDENTIDAD, SI SE REQUIERE	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO O NOTARIO, SI SE REQUIERE

Si yo no soy la persona cuya información es cedida, estoy autorizada a acceder a estos registros porque soy el: (adjuntar constancia que lo habilite)

☐ Padre del menor ☐ Guardián legal ☐ Representante personal ☐ Otro:

OFFICE USE ONLY (SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO)

DATE RECEIVED	RECEIVED AT:	DATE ACKNOWLEDGED	☐ ID VERIFIED HOW:	DATE RECORDS PROVIDED